



Ante la muerte ¿cómo cuidar a las personas?

In the Face of Death, How to Care for People?



Jacinto Bátiz Cantera

Hospital San Juan de Dios de Santurce (Vizcaya)

E-mail: jacinbatiz@gmail.com



Resumen

Los cuidados a las personas que se encuentran en el final de sus vidas necesitan de unas características humanas, técnicas y éticas. La persona que se enfrenta a su muerte necesita el acercamiento humano de quienes le cuidan además de su competencia profesional. En este artículo abordaré cómo poder cuidar a las personas para que salir de esta vida no sea una experiencia traumática para quien se muere y para sus seres queridos que le acompañan en el proceso de morir y para que quien se muere perciba que le cuidan personas solícitas, sensibles y entendidas, intentando comprender sus necesidades.



Abstract

Caring for people at the end of their lives requires human, technical and ethical characteristics. The person at the time of his death needs the human approach of those who care for him in addition to his professional competence. In this article I will discuss how to care for people so that leaving this life is not a traumatic experience for those who die and for their loved ones who accompany them in the process of dying, and so that those who die perceive that they are cared for by caring, sensitive and knowledgeable people.



Key words

Muerte; persona; humanización; cuidados paliativos; deontología.

Death; person; humanization; palliative care; deontology.



Fechas

Recibido: 23/06/2019. Aceptado: 09/09/2019



1. Introducción

No es lo mismo estar frente a la propia muerte que estar frente a la muerte de los demás. Pero cuando tenemos que cuidar a las personas que se enfrentan a ella caemos en la cuenta de que el miedo a la muerte es una de las emociones más enraizadas en la persona. A pesar de que la muerte es algo cotidiano, con frecuencia, de forma más o menos deliberada y por una falsa sensación de inmortalidad, tendemos a olvidarnos de ella negándola constantemente.

Sistemáticamente ocultamos la muerte real y la consideramos como algo indeseable que debe ser escondida, sobre todo a los niños. Si le preguntamos a un niño “¿qué es la muerte?” tal vez solo pueda explicarla refiriéndose a las imágenes que ha visto en la televisión o, incluso, en el cine sobre muertes violentas, pero, con toda seguridad, no podrá explicar la muerte serena de un familiar porque siempre que acontecía apartaban al niño para que no la contemplara. Los que hemos tenido la ocasión, en nuestra infancia,

de presenciar la muerte del abuelo en su cama, rodeado de toda su familia, dando sus últimos mensajes a todos los presentes con su acabada voz, podemos responder que la muerte es la etapa natural de la vida.

La preocupación por la muerte ha nacido con la humanidad, aunque la forma de abordarla ha evolucionado a lo largo del tiempo. Durante muchos siglos los hombres morían de una manera bastante similar, sin grandes cambios, hasta hace cuatro o cinco décadas que, de repente, comenzó a cambiar de forma radical. Antes, era la muerte conocida, serena, familiar. Ahora, es la

muerte prohibida, inaceptable, sucia.

Cuidar a las personas que se encuentran cerca de la muerte debe tener como objetivo que esta sea en paz, serena y sin sufrimiento. Por eso los profesionales encargados de prestar nuestra atención al final de la vida debemos facilitar que la muerte llegue a su tiempo, sin acelerarla ni retrasarla, pero sin sufrimiento.

Para hacerlo bien es fundamental que tengamos en cuenta que quien se muere no es algo, sino alguien: es una persona. Una persona que necesita que atendamos sus molestias físicas, sus miedos, sus emociones, sus preocupaciones familiares, sus incertidumbres trascendentales, sus cuestiones espirituales. Necesita que lo cuidemos de una manera integral porque cada una de sus causas de sufrimiento le afectan globalmente.

Para cuidar a las personas que se encuentran frente a la muerte es necesario que los profesionales que lo atienden lo hagan con la ciencia adecuada en esa situación clínica de terminalidad pero, sobre todo, con un exquisito acercamiento humano. Aunque la ciencia no va a restablecer ya su salud, aún podrán hacer algo para controlar las causas de su sufrimiento, porque en este momento cercano a la muerte lo que más necesita es a la persona, su acercamiento humano, para aliviar sus miedos, dar sentido a su vida, ayudar a resolver sus temas pendientes, contestar a sus preguntas trascendentales y para resolver sus dudas. Las personas enfermas en el trance de morir ya saben que

Cuidar a las personas que se encuentran cerca de la muerte debe tener como objetivo que esta sea en paz, serena y sin sufrimiento



quienes les cuidamos no somos unos dioses y que no vamos a poder resolver su enfermedad, pero lo que desean es que, en estos momentos últimos y únicos para ellos, no los abandonemos.

2. La medicina ante la proximidad de la muerte de la persona

La medicina paliativa no tiene como objetivo alargar la vida, sino contribuir a dar confort y significado a la vida hasta la llegada de la muerte a su momento

Con la aparición de los cuidados paliativos en Europa durante los años 60, la medicina comenzó a reconocer los límites de las intervenciones con el objetivo de curar e inicia la atención de los enfermos incurables y que se encontraban en fase terminal de la enfermedad. Esta disciplina es definida por la Organización Mundial de la Salud como “la asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo” (OMS, 1990). El objetivo de estos cuidados es atender al enfermo y a su familia de forma integral, preocupándose por sus necesidades físicas o biológicas, por sus necesidades emocionales o psicológicas, por sus necesidades sociales o familiares y por sus necesidades espirituales o trascendentales, para procurarles el máximo bienestar posible (Aresca, Birgin, y Blum, 2004, p. 17), siendo el control del dolor y del sufrimiento los objetivos centrales. En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud definió los cuidados paliativos como (OMS, 2002):

[...] el método que mejora la calidad de la vida de los pacientes y sus familias que enfrenta al problema asociado con enfermedades terminales debido a la prevención o alivio del sufrimiento por medios de la pronta identificación y correcta valoración y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

La medicina paliativa no tiene como objetivo alargar la vida, sino contribuir a dar confort y significado a la vida hasta la llegada de la muerte a su momento. En este contexto es fácil razonar que toda una serie de medidas obligatorias en la práctica de la medicina curativa, cuya función es recuperar la salud, no lo serán en una persona con enfermedad terminal, biológicamente irreversible, como puede ser la respiración artificial, los sueros, las sondas de alimentación, la reanimación cardiorrespiratoria, etc. Incluso, en algunos casos, estaría claramente contraindicada la aplicación de supuestos tratamientos que puedan producir sufrimiento al enfermo en fase terminal de la enfermedad. Sería contrario a la ética utilizar la ciencia para prolongar la agonía. Esta medicina procura ver simultáneamente a la persona que está enferma para seguir a su lado, respetándola y cuidándola y, a la vez, ver su biología irremediadamente dañada para abstenerse de acciones que no le van a reportar ningún beneficio.

Los profesionales asistenciales de cuidados paliativos estamos convencidos de que cuando se consigue que el enfermo fallezca en paz, con dignidad y que tanto él como



su familia hayan recibido un apoyo emocional adecuado, se llega a descubrir que dar alivio a las molestias físicas y emocionales de la persona es tan importante como curar. Los principios básicos de la medicina paliativa son: la muerte es una etapa de la vida, siempre hay algo que hacer, el paciente es el principal protagonista, la familia es coprotagonista y estos cuidados deben hacerse en equipo. Nuestro objetivo, como profesionales, es aliviar el sufrimiento del enfermo y de su familia. Pero para ello hemos de cambiar nuestro primer instinto de luchar contra la muerte. En este caso hemos de comprender que la actitud adecuada será la de no acelerar intencionadamente su muerte, pero tampoco prolongar su agonía innecesariamente, sino acompañarle para aliviar su sufrimiento mientras llega la muerte a su tiempo.

Ante esta situación difícil en la que se encuentra el enfermo, necesita que nos preocupemos de él como persona, es decir, necesita que personalicemos nuestra atención. Y en ocasiones se encuentra con actitudes defensivas o de distanciamiento que pueden llegar a ser crueles para el enfermo. El enfermo nos pide que nuestra relación con él sea más comprensiva y compasiva, que se base en la hospitalidad, que le permita expresar sus miedos, manifestar sus deseos y descubrir sus preferencias, para poder llegar a tomar decisiones compartidas y basadas en la confianza mutua (Comité Bioética de Cataluña, 2010).

El contacto físico actúa eficazmente contra el temor y la ansiedad, facilita el compartir y parece liberar el poder natural de curación

3. Cuidar con caricias

Con nuestro contacto físico estamos adoptando una forma de comunicación que transmite al enfermo: calor, apoyo y solidaridad. Sujetar su mano, tocar su hombro, colocar bien su almohada, secar su frente, tratarle con amabilidad, le hacen bien al enfermo. El contacto físico actúa eficazmente contra el temor y la ansiedad, facilita el compartir y parece liberar el poder natural de curación. La forma de mirar, de dar la mano son importantes cuando no se puede emplear las palabras (demencias, sordos...). La sonrisa, el tono de voz, los gestos de las manos pueden significar calor e interés personal.

Las caricias son un instrumento humano que sirven para cuidar a los enfermos al final de la vida. Traspasan la piel para llegar hasta lo más profundo del afecto. La comunicación va a ser distinta si nos situamos a un metro de la cama o si nos ponemos a su lado tocándole con nuestra mano. Cuando el profesional sanitario coge la mano del enfermo parece que parte de su sufrimiento pasa a quien le toca. Cuando alguien es capaz de acercarse y darle la mano o un beso o una caricia, aparte de ser un acto de amor infinito se consigue que el enfermo se sienta como una persona viva y emotivamente unida a quien le muestra su afecto. Un apretón de manos, una caricia, un fuerte abrazo, no los lleva el viento, suelen pesar más que las palabras. De esta manera le transmitimos el importante mensaje de que no será abandonado y que siempre tendrá a su lado a un ser que lo aprecia. En ocasiones, el tacto suele ser la única forma de comunicación y de expresión de cuidado que se le puede dar. Por eso solemos aconsejar que, si tiene que cuidar a alguien que padece una grave enfermedad hágale compañía, siéntese junto a



su cama y cójale de las manos. Es muy importante que el enfermo y su cuidador mantengan alguna forma de comunicación, sobre todo en los estadios avanzados en los que el paciente ya casi no se comunica verbalmente.

4. Escuchar para conocer cómo desea afrontar la muerte

Si escuchamos atentamente al enfermo, le estaremos demostrando nuestro respeto y apoyo para que pueda enfrentarse mejor a los momentos difíciles y nos hará apreciar su actitud ante la enfermedad y sus emociones. Pero ¿cómo tenemos que escucharle? Hemos de permitir que se desahogue siempre que quiera y comprender su cierta agresividad debido al momento difícil por el que está pasando.

Para cuidar bien al final de la vida va a ser necesario una buena comunicación porque de esta manera comprenderemos mejor sus problemas y sus deseos. Además, con una buena comunicación controlaremos mejor su dolor, su ansiedad y su depresión, precisando menos dosis de analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos.

5. Responder a sus preguntas

Cuando la persona se encuentra en la fase final de una enfermedad y comienza a sentir cerca su muerte, desea aclarar algunas dudas, desean conocer la verdad y saber cuánto tiempo le queda para morir. Por ello, es fundamental que nos dispongamos a responder a sus preguntas.

La mayoría de los enfermos saben lo que está pasando, saben lo que tienen porque sienten el deterioro de su cuerpo que les hace percibir el mal pronóstico de su enfermedad

Nuestra obligación será responderle teniendo en cuenta algunas consideraciones para hacerlo bien. Le comunicaremos la verdad que pueda asumir, aceptar y comprender, siempre procurando partir de lo que ya conoce de su enfermedad. Se le ha de explicar de forma sencilla y de manera gradual, pero sin mentir. Para decir la verdad no es necesario decir toda la verdad, pero que lo que se diga sea verdad. Si descubre cierta falsedad en nuestra respuesta habremos conseguido que pierda la confianza en nosotros y esto dificultará de manera muy importante nuestra relación de ayuda. En ese caso, habremos conseguido que la persona enferma se aísle emocionalmente en un momento en el que lo que más necesita es abrirse, expresar bien sus sentimientos y dejar todo en orden.

La persona, aunque se halle muy enferma, tiene derecho a conocer qué le ocurre, tiene derecho a tomar decisiones y tiene derecho a que se respete su dignidad. La persona enferma en fase terminal de su enfermedad aún no se ha muerto, continúa teniendo derechos. Sin duda alguna podrá enfrentarse mejor a su muerte si conoce la verdad de su situación. La mayoría de los enfermos saben lo que está pasando, saben lo que tienen porque sienten el deterioro de su cuerpo que les hace percibir el mal pronóstico de su enfermedad. ¡No le engañemos!



6. La compasión, una herramienta para cuidar

El acercamiento en el acompañamiento al final de la vida, desde una actitud de compasión, es útil para las personas a las que se acompaña a la hora de afrontar esta situación límite de sufrimiento. Podemos decir que la compasión ayuda a las personas enfermas, a sus familias e influye en el propio profesional, de manera que puede llegar a sentirse transformado.

¿Qué significa entonces, tener compasión? Es mucho más que un sentimiento de pena o lástima hacia alguien, porque eso supondría mirar a la persona sufriente desde arriba, considerando que estamos situados en mejores condiciones y desde una mayor fortaleza. Desde luego alguien que sienta pena por otro, no querría estar en el lugar del otro. Compasión, sin embargo, requiere sentir empatía hacia el dolor del otro, ponernos a su mismo nivel y comprender su problema, como si fuéramos nosotros quienes tuviéramos el mismo problema. Sería adentrarnos en la dificultad de la otra persona intentando hacernos cargo de ella, querer aliviar la carga de la otra persona, decidir hacer algo por aliviarla y ponernos en movimiento para ayudar.

El conflicto ético es un síntoma que muestra a los clínicos la necesidad de trabajar con valores con la misma capacidad y habilidad profesional con las que se desenvuelven en el trabajo clínico

Es importante saber que la mayor parte del sufrimiento que ocurre en esta etapa, a parte del provocado por el dolor físico, tiene que ver con otros temas emocionales, sociales y espirituales y con la propia incapacidad humana para resolver los interrogantes más profundos de la vida. Por eso, cuando la persona

se encuentra ante la muerte es un momento crucial en el que llega a distinguir entre lo profundo y lo superficial y estamos en las mejores condiciones para escuchar sus reflexiones y será entonces cuando la compasión, de la que he hablado, podrá ser una herramienta para cuidarle, para ayudarlo a dar sentido a su vida, la razón del sufrimiento pudiendo contribuir a adquirir su paz interior tan necesaria para que el proceso de morir sea sereno y en paz.

7. Cuidar desde la ciencia junto a la ética

Cuidar a un enfermo con una enfermedad avanzada es complejo y requiere unas cualificaciones profesionales específicas. Al final de la vida, los conflictos éticos pueden ser diversos porque los cuidados paliativos tienen que ver con la vida, la muerte, el sufrimiento, la fragilidad y la vulnerabilidad de los enfermos. Estos conflictos requieren un análisis racional de modo que puedan tomarse decisiones clínicas apropiadas y esto hace que la ética y el trabajo clínico han de ir de la mano. El conflicto ético es un síntoma que muestra a los clínicos la necesidad de trabajar con valores con la misma capacidad y habilidad profesional con las que se desenvuelven en el trabajo clínico. Pero, para ello no existe un "protocolo ético". Tendremos que saber conjugar: la *ciencia* que será la que nos diga qué hay que hacer en la mayoría de los casos y la *sabiduría práctica* (basada en la prudencia) que nos dirá lo que habrá que hacer en ese caso concreto.



Se abandona al enfermo por miedo o sensación de fracaso profesional, por no saber qué ofrecerle en esa situación debido a una carencia de formación en cuidados paliativos

Cuando los profesionales nos planteamos humanizar el proceso de morir desde la ciencia junto a la ética no podemos olvidar que nos encontramos con una triple realidad compuesta por tres variables: por un lado la *persona enferma* en fase terminal de la enfermedad que padece un sufrimiento físico, emocional, social y espiritual; por otro lado, una *familia* angustiada que no acaba de aceptar la situación y sufre por su ser querido; y por último, el *médico* que ha sido formado para luchar contra la muerte y la llega a considerar como un fracaso profesional. Desde esta perspectiva tendremos que cuidar a las personas ante la muerte. Los médicos tendremos que adecuar nuestros conocimientos científicos junto a nuestras habilidades en la toma de decisiones desde la ética y la deontología médica para ayudar a la persona enferma y a su familia en el final de su vida.

Para que los médicos nos situemos en actitud de cuidar en vez de curar será necesario que incorporemos la muerte a la vida y dejar de considerar exclusivamente la medicina como algo que consiste en evitar que la gente muera. Hemos de aprender que la muerte es algo natural porque solamente, cuando seamos capaces de aceptarla como algo natural y, antes o después, inevitable, nos dedicaremos a cuidar al enfermo hasta el final y sin sensación de fracaso. La atención médica al final de la vida tiene un encuadre bastante preciso desde la ética y la deontología médica debiendo evitar prolongar innecesariamente la agonía del enfermo y su acortamiento deliberado, y concretada en los siguientes imperativos éticos: no abandonar al enfermo, librarle de todos los síntomas que le provoquen sufrimiento, evitar pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos inútiles en la situación clínica de terminalidad, sedarle cuando lo precise y respetar los valores del enfermo.

8. Evitar el abandono

No en pocas ocasiones ante un enfermo incurable hemos oído decir al médico: "lo siento, ya no hay nada más que hacer". Es entonces cuando comienza la actitud de abandono al enfermo y a la familia. Esta actitud es inadmisibles desde la ética y la deontología médica. El código de deontología médica, en su artículo 36.1, nos dice lo que tenemos que hacer ante un enfermo al final de la vida:

El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.

Se abandona al enfermo por miedo o sensación de fracaso profesional, por no saber qué ofrecerle en esa situación debido a una carencia de formación en cuidados paliativos. Puede darse también abandono terapéutico por una actuación médica insuficiente



(Requena, 2017). El médico ha de comprender que aún hay muchas cosas por hacer. Cuando el enfermo ha comprendido que la técnica que le ofrece la medicina ya no es útil para curar su enfermedad, siente la necesidad de las personas, de su familia, de sus amigos y de sus profesionales sanitarios. Él, ante esa situación desea que los profesionales estemos a su lado, con nuestro acercamiento humano, para que le ayudemos en todas sus necesidades.

9. Aliviar el sufrimiento controlando adecuadamente los síntomas que lo provocan

La medicina, como quiera que se exprese en las diversas culturas del mundo, tiene su razón de ser porque los seres humanos sufren. Cuando alguien sufre, lo que más desea es que sus seres queridos estén junto a él, no sentirse solo, y que los profesionales no le abandonemos, que le escuchemos y que estemos disponibles cuando nos necesite para poder aliviar sus síntomas molestos hasta el extremo que sea necesario.

Los médicos tenemos un mandato muy concreto a través de nuestro *Código de Deontología Médica* (OMC, 2011) que en su art. 36.1 dice:

El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.

En una persona con un padecimiento avanzado el dolor es el síntoma más frecuente asociado a la percepción de no encontrarse bien

He elegido el síntoma del dolor para abordar este apartado porque para muchos enfermos el dolor es más angustiante que la propia muerte. En una persona con un padecimiento avanzado el dolor es el síntoma más frecuente asociado a la percepción de no encontrarse bien. Y, además, el acompañante habitual del ser humano en el trance de morir suele ser el dolor (Marijuán, 2004). Abordaré aquellos aspectos éticos que nos ayuden a ofrecer una analgesia eficaz a la persona doliente.

El enfermo tiene derecho a que su dolor sea aliviado y el médico tiene el deber de aliviarlo. No es posible considerar el tratamiento del dolor como una cuestión opcional, sino que se debe asumir como un imperativo ético. Yo me atrevería a afirmar que los médicos tenemos una responsabilidad deontológica en el uso de la analgesia no permitiendo que alguien sufra dolor por ignorar cómo tratarlo, por temor a aliviarlo con la posología suficiente o por creencias erróneas. No podemos ser insensibles ante el dolor de los demás y hemos de comprender que para ayudar a los enfermos no es suficiente la buena voluntad o la inclinación caritativa, sino que es indispensable instruirse, informarse e ilustrarse para ser realmente útil, eficaz y competente. A continuación, describiré cuatro ideas que debemos tener muy en cuenta para realizar una analgesia adecuada al final de la vida desde la ética:



9.1. Es preciso tener presente que si el enfermo dice que le duele es que le duele

El dolor es lo que el enfermo dice que es, es lo que el enfermo describe y no lo que los demás pensamos que debe ser. Debemos respetar las quejas del dolor que manifiesta el enfermo, tomarlas en serio, establecer su naturaleza y severidad e instaurar un tratamiento para aliviarlas. Creer en sus quejas es fundamental para el manejo de la persona en fase terminal de la enfermedad con dolor e imprescindible para establecer una relación estrecha entre el médico y el enfermo. En algunas ocasiones no mostramos la consideración suficiente ante la petición de los enfermos de que aliviemos su dolor y lo que molesta de manera especial a quien sufre algún dolor es que nadie vea ese dolor ni entienda que es real. El enfermo moribundo no debiera enfrentarse a la ansiedad provocada por el dolor ni a la frustración que genera llamar a la enfermera porque tiene dolor una y otra vez mientras espera a que le sea aliviado.

En muchas ocasiones la explicación que se le da al enfermo puede ser suficiente para aliviar su dolor al saber que se ha identificado una causa probable y potencialmente tratable

9.2. Es necesario identificar el tipo de dolor que padece el enfermo para tratarlo adecuadamente

Es esencial realizar un análisis riguroso de las características, la duración y las causas del dolor, pero también es prioritaria la comunicación fluida y veraz con el enfermo, explorando sus aspectos sociales, psicológicos y espirituales porque es necesario tratar el "dolor total". La complejidad del fenómeno del dolor no puede disuadirnos de la necesidad de determinar la causa principal de cada dolor. Es posible establecer el tratamiento adecuado cuando se identifica una causa probable y se le puede explicar al enfermo. En muchas ocasiones la explicación que se le da al enfermo puede ser suficiente para aliviar su dolor al saber que se ha identificado una causa probable y potencialmente tratable.

9.3. Es indispensable conocer bien los fármacos que vamos a manejar en el tratamiento del dolor

Actualmente disponemos de un arsenal muy amplio de analgésicos y otros fármacos adyuvantes para los distintos tipos de dolor, pero es preferible que prescribamos aquellos medicamentos que conocemos muy bien, aunque sea un número reducido, que emplear cualquiera de los que disponemos si solo tenemos un conocimiento superficial de ellos. Hemos de considerar como un deber ético conocer al detalle los fármacos que nos disponemos a emplear para el tratamiento del dolor.

9.4. El enfermo nos va a indicar la eficacia de la analgesia: "doctor, ya no tengo dolor"

El objetivo de la analgesia en cuidados paliativos consiste en disminuir el dolor hasta el grado aceptable por el enfermo. La potencia del analgésico se determinará de acuerdo a la intensidad del dolor y nunca a la supervivencia prevista. Sería inhumano esperar



al final para aliviar el dolor, ya que no hay ningún motivo para retrasar el comienzo con analgésicos potentes ante un enfermo en fase terminal.

10. Evitar pruebas y tratamientos inútiles

Uno de los fundamentos de los cuidados paliativos es realizar aquellas actuaciones tanto diagnósticas como terapéuticas que sean acordes con la situación en la que se encuentre el paciente en ese momento. En este caso, hemos de adecuar el esfuerzo tanto diagnóstico como terapéutico cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios que tenemos previsto emplear. El médico, ante un enfermo en fase terminal, deberá continuar a su lado proporcionándole aquellos tratamientos que alivien su situación, pero absteniéndose de medidas penosas e inútiles. Deberá abandonar el objetivo de curar para centrarse en el de cuidar con su acercamiento humano y su competencia profesional.

Hemos de adecuar el esfuerzo tanto diagnóstico como terapéutico cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios que tenemos previsto emplear

La tecnología médica es capaz de intervenir cada vez con mayor potencia y agresividad en los procesos de salud y enfermedad de las personas. Esta capacidad, que en principio es deseable, tiene también sus inconvenientes. En nuestro país se puede morir mal por falta de recursos de cuidados paliativos, pero también hay enfermos que mueren mal por un exceso del uso de tecnologías médicas. Son muchos los enfermos en fase terminal que aún mueren en el servicio de urgencias con el suero puesto y esperando una analítica o intubados.

Un acto médico puede ser útil en determinadas ocasiones, pero no útil en muchas otras. El médico no está obligado a indicar un tratamiento que no ofrece beneficio para el enfermo o es inútil y tampoco está obligado a continuar un tratamiento cuando este se ha comprobado que es ineficaz. Es muy conveniente que los médicos conozcamos cuándo un procedimiento diagnóstico y terapéutico es *inapropiado*:

- Si es innecesario porque el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos.
- Si es inútil porque el enfermo está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento.
- Si es inseguro porque sus complicaciones sobrepasan el posible beneficio.
- Si es inclemente porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena para justificar la intervención.
- Si es insensato porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas.

Adecuar el esfuerzo terapéutico no es ninguna forma de eutanasia, sino una buena práctica médica, aunque sabemos que es más fácil no poner un tratamiento que quitarlo. Desde la deontología médica se orienta a los médicos para que nuestra actuación



con el enfermo en fase terminal sea adecuada desde el punto de vista ético. Así el *Código de Ética y Deontología Médica* (OMC, 2011) hace referencia a dicha adecuación diagnóstica y terapéutica en su art. 36.2 "El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas [...]".

Asimismo, uno de los puntos de la declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la 35.^a Asamblea Médica Mundial, celebrada en Venecia en 1983 dice:

El médico se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario que no reporte beneficio alguno al paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanzas, inútiles u obstinadas.

Es esencial que los médicos reconozcamos los límites prácticos y éticos de nuestro poder y que tengamos presente que hay límites éticos que no debemos sobrepasar porque nuestras acciones serían, además de inútiles, dañosas para el enfermo. Ante un paciente en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado permitiendo la llegada de la muerte a su tiempo, no solamente es moralmente aceptable, sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias.

11. Sedarle cuando lo necesite

Hay enfermos que, a pesar de todo, tienen en algún momento de la evolución de su enfermedad, oncológica o no, uno o más síntomas refractarios¹ al tratamiento que le provocan un sufrimiento insoportable. Esto obliga al médico a disminuir la consciencia del enfermo para garantizar una *muerte serena*. La sedación paliativa (OMC, 2012) es la disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Pero, la necesidad de disminuir la consciencia de un enfermo en las horas anteriores a su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia.

Existe una clara diferencia entre sedación paliativa y eutanasia desde la ética y la deontología. La frontera entre ambas se encuentra en la intención, en el procedimiento empleado, y en el resultado. Con la sedación paliativa se busca disminuir el nivel de

1 Síntoma refractario es aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable (y en la fase agónica, breve). En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la consciencia.



Cuando el médico seda al enfermo que se encuentra sufriendo en fase terminal de la enfermedad y lo hace con criterios clínicos y éticos no está provocando su muerte; está evitando que sufra mientras se muere

consciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el enfermo perciba el síntoma que le hace sufrir y que no hemos podido aliviar con ningún otro tratamiento. La sedación, en sí misma, es un recurso terapéutico neutro más y por tanto éticamente neutro. Lo que puede hacerla éticamente aceptable o reprochable es el fin que busca y las circunstancias en que se aplica. Con la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.

La sedación paliativa se ha de considerar actualmente como un tratamiento adecuado para aquellos enfermos que son presa de sufrimientos intolerables y no han respondido a los tratamientos adecuados. El *Código de Deontología Médica* (OMC, 2011) en su art. 36.5 corrobora que la sedación paliativa es una buena práctica médica cuando se realiza dentro de unas condiciones:

La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado.

Cuando el médico seda al enfermo que se encuentra sufriendo en fase terminal de la enfermedad y lo hace con criterios clínicos y éticos no está provocando su muerte; está evitando que sufra mientras se muere, está realizando una buena práctica médica. Pero hemos de tener en cuenta que la sedación paliativa implica para el enfermo una decisión de profundo significado antropológico: la de renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. Tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Por todo ello, tal decisión ha de ser el resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida entre las personas implicadas (enfermo, familia y equipo asistencial) acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica.

12. Conclusiones

1. Hemos de tener en cuenta que quien se muere es una persona que necesita que le cuidemos teniendo en cuenta su integridad para poder responder a sus molestias físicas, sus miedos, sus emociones, sus preocupaciones familiares, sus incertidumbres trascendentales y sus cuestiones espirituales.
2. Los cuidados que se han de prestar desde la medicina paliativa no tienen como objetivo alargar la vida, sino contribuir a dar confort y significado a la vida hasta la llegada de la muerte en su momento.
3. El acompañamiento, la escucha, las caricias, la compasión, la respuesta a sus preguntas le ayudarán a afrontar mejor su final.



4. Los imperativos éticos de la atención médica al final de la vida son: evitar el abandono, controlar adecuadamente los síntomas que le provoquen sufrimiento, evitar pruebas y tratamientos inútiles que le puedan hacer sufrir más que la propia enfermedad y sedarle si es que aún persiste su sufrimiento.

Bibliografía

- Aresca, L., Birgin D., y Blum, S. (2004). *Psicooncología. Diferentes miradas*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Comité de Bioética de Cataluña. (2010). *Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida*. Generalitat Cataluña: Fundación Grifols, 15.
- Marijuan, M. (2004). El tratamiento del dolor y sus problemas éticos. En A. Couceiro (ed.), *Ética en Cuidados Paliativos* (pp. 127-141). Madrid: Triacastela.
- OMC. (2011). *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial de España.
- OMC. (2012). *Guía... Sedación Paliativa*. Madrid: Organización Médica Colegial.
- OMS. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines* (2nd. ed.). Geneva: World Health Organization.
- Requena, P. (2017). *¡Doctor, no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica*. Granada: Editorial Comares.
- Asociación Médica Mundial. (2006, octubre). Declaración de Venecia de la AMM sobre la enfermedad terminal. WMA. Recuperado (8 septiembre 2019) de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-venecia-de-la-amm-sobre-la-enfermedad-terminal/>